

FICHA DE ANAMNESE

DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Idade: _____
Endereço: _____
CEP: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
Estado: _____ Tel.Res. () _____ Tel.Com. () _____
Cel. () _____
Data de nasc. _____ Profissão: _____ Estado Civil: _____
E- mail: _____

HÁBITOS DIÁRIOS

1. Tratamento estético anterior: () Sim () Não Qual: _____
2. Usa lentes de contato: () Sim () Não
3. Utilização de cosméticos: () Sim () Não Qual: _____
4. Exposição ao sol: () Sim () Não Filtro solar: () Sim () Não
Frequência: _____
5. Tabagismo: () Sim () Não Quantidade de cigarros/dia: _____
6. Ingere bebida alcoólica: () Sim () Não Frequência: _____
7. Funcionamento intestinal: () 1-2 vezes / semana () 3-4
8. vezes / semana
9. () 1-2 vezes / dia
10. () mais de 3 vezes / dia
11. Qualidade do sono: () Boa () Regular () Péssima
12. - Quantas horas / noite: _____
13. Ingestão de água (copos / dia): _____ Alimentação: () Boa ()
Regular () Péssima
14. Alimentos de preferência: _____ Pratica Atividade
15. física? () Sim () Não
16. Que Tipo: _____ Qual frequência: _____
17. Uso de anticoncepcional: () Sim () Não
Qual: _____
18. Data do primeiro dia da última menstruação: ____/____/____ Gestante: ()
() Sim () Não
19. Gestações: () Sim () Não Quantas: _____ A quanto tempo: _____
20. **Anotações:**

HISTÓRICO CLÍNICO

1. Tratamento médico atual: () Sim () Não Medicamentos em uso:

2. Antecedentes alérgicos: () Sim () Não Quais:

3. Portador de marcapasso: () Sim () Não

4. Alterações cardíacas: () Sim () Não

Quais:_____

5. Hipo/hipertensão arterial: () Sim () Não

6. Distúrbio circulatório: () Sim () Não Qual:

7. Distúrbio renal: () Sim () Não Qual:

8. Distúrbio hormonal: () Sim () Não Qual:

9. Distúrbio gastro- intestinal: () Sim () Não Qual:

10. Epilepsia- convulsões: () Sim () Não Frequência:

11. Alterações psicológicas/ psiquiátricas: () Sim () Não Quais:

12. Estresse: () Sim () Não Obs.

13. Antecedentes oncológicos: () Sim () Não

Qual:_____

14. Diabetes: () Sim () Não Tipo:

15. Algum tipo de doença: () Sim () Não Qual:

TRATAMENTO DA MEDICINA ESTÉTICA E CIRÚRGICA

1. Implante dentário: () Sim () Não Qual: _____

2. Tratamentos Dermatológico/ Estético: () Sim () Não Qual: _____

3. Cirurgia Plástica Estética: () Sim () Não
Qual: _____

4. Cirurgia Reparadora: () Sim () Não
Qual: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu _____, declaro ter sido informado (a) claramente e ciente sobre todos os benefícios, os riscos, as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e advertências gerais, relacionados ao tratamento que serei submetido (a). Comprometo-me a seguir todas as orientações e a fazer uso de todos os produtos contidos em minha prescrição domiciliar. As declarações acima são verdadeiras, não cabendo ao profissional a responsabilidade por informações omitidas.

Assinatura do paciente / Data / CPF
Assinatura do Profissional - Data